

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

292

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 25 juillet 1892, à 1 heure

Par ABEL MARTIN

Né à la Chapelle-Basse-Mer (Loire-Inférieure), le 3 janvier 1867

DE L'ATTITUDE RECTILIGNE DANS L'ANKYLOSE DU COUDE AU POINT DE VUE PROFESSIONNEL

Président : M. FARABEUF, professeur.

*Juges : MM. { PINARD, professeur.
 { SEGOND, RIBEMONT-DESSAIGNES, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N^o 292

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 25 juillet 1892, à 1 heure

Par ABEL MARTIN

Né à la Chapelle-Basse-Mer (Loire-Inférieure), le 3 janvier 1867

DE L'ATTITUDE RECTILIGNE
DANS L'ANKYLOSE DU COUDE
AU POINT DE VUE PROFESSIONNEL

Président : M. FARABEUF, professeur.

*Juges : MM. { PINARD, professeur.
 { SEGOND, RIBEMONT-DESSAIGNES, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-EDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TILLAUX.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLE Y	POIRIER, chef	RICARD
BRIS SAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DÉJERINE	MARIE	RETTÉ RER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

ABEL MARTIN

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. BOIFFIN

Professeur à l'Ecole de médecine de Nantes
Membre correspondant de la Société de chirurgie

A MES MAÎTRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS A L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE NANTES

MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DES HOPITAUX DE NANTES

ABEL MARTIN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FARABEUF

Professeur d'anatomie à la Faculté de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

ABEL MARTIN



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554026_0056

DE L'ATTITUDE RECTILIGNE
DANS
L'ANKYLOSE DU COUDE

Au point de vue professionnel

INTRODUCTION

Avant d'entrer dans l'étude de notre sujet, nous tenons dès maintenant à adresser ici à notre cher maître, M. le Dr Boiffin, professeur à l'école de médecine de Nantes, l'hommage public de notre gratitude pour le bienveillant intérêt qu'il nous a témoigné pendant le cours de nos études et pour l'obligeance qu'il a mise à nous suggérer le sujet de notre thèse.

Nous n'oublierons pas nos amis, les Drs Renoul et Tétau, pour l'empressement avec lequel ils nous ont communiqué une partie de nos observations, et pour la sympathie qu'ils nous ont constamment montrée.

Que M. le professeur Farabeuf croie à notre reconnaissance et accepte nos remerciements pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

PRELIMINAIRES

Quand on parcourt les différents traités de chirurgie anciens et modernes, quand on les consulte pour savoir quelle position on doit donner au membre supérieur lorsque l'on cherche à obtenir une ankylose du coude, afin de ne pas recourir à une opération, on ne trouve qu'une seule indication ; c'est de mettre le bras à angle droit ou dans une attitude encore plus fléchie.

Tous les auteurs sont d'accord sur ce point, exprimant, il est vrai, leur opinion sous des formes différentes.

Voici ce qu'on trouve à ce sujet : Dans Hippocrate, par exemple, nous lisons ceci (1) : « Dans les luxations latérales du coude complètes, il faut après la réduction tenir le membre fléchi, la main plus élevée que le coude, et le bras appliqué contre la poitrine. Il faut suspendre le bras dans une écharpe ou le poser sur un plan dans une position facile à supporter et surtout dans une attitude naturelle, car s'il vient à s'ankyloser, du moins, il ne s'ankylose pas mal. »

Nous arrivons ensuite brusquement à Fabrice de Hilden, 1583, qui donne ainsi son avis (2). « Lorsque le chirurgien, occupé d'une articulation malade, se doutera que l'ankylose

1. Richet. Thèse de concours, 1850.

2. Fabrice de Hilden. Francfort-sur-le-Mein, MDCXXXIII, de *Ichore et meliceria*, chapitre XXVI.

n'est pas complète, il examinera avec soin quelle sera la position du membre la plus favorable au malade. Si, en effet, c'est l'articulation du coude qui est atteinte, il vaut mieux quelle s'ankylose courbe que droite et étendue. »

Ailleurs, il relate une observation où il a joué un certain rôle : « Appelé en consultation, il prétend qu'il vaut mieux quand l'articulation du coude est malade, que l'ankylose soit courbe que droite et étendue. »

Fabrice d'Aquapendente a écrit un chapitre sur les maladies articulaires. « Si, dit-il, l'on a l'intention sans se soucier du mouvement de réduire la partie à une figure plus commode, comme de ramener le coude droit et roide à une figure courbe et angulaire, on y procèdera par cette voie (redressement graduel et progressif avec un ressort).

En 1822, Jamain expose la conduite que tenaient les chirurgiens de son temps dans l'observation que nous relations (2).

« Un chirurgien de campagne appelé il y a quelques années pour réduire une fracture de l'apophyse olécrâne se contenta de mettre l'avant-bras dans un état d'extension et de l'y maintenir.

Après trois jours de traitement, les parents du malade firent venir deux chirurgiens d'une ville voisine qui blâmèrent hautement la conduite qu'on avait tenue et décidèrent que l'ankylose devant être une suite nécessaire de cette fracture, il fallait préférer la flexion de l'avant-bras à son extension. En conséquence, ils firent les efforts nécessaires,

1. Fabrice d'Aquapendente (éd. 1674, p. 817).

2. Jamain. Thèse de Paris, 1822.

propres à rompre la soudure commencée et mirent l'avant-bras en écharpe. »

Bonnet qui s'est beaucoup occupé des maladies articulaires s'exprime ainsi (1) :

« Si l'examen du membre pendant l'éthérisation, joint à l'ancienneté de la lésion, démontre que l'ankylose est complète et que le coude est fléchi à angle droit, il faut abandonner la lésion à elle-même : mais si la flexion ou l'extension sont exagérées, on peut rompre avec avantage l'ankylose.

La même année que Bonnet, Crocq faisait paraître son *Traité des tumeurs blanches*. On y trouve ces lignes (2) :

« Une position pour être favorable doit réunir les conditions suivantes : 1^o les surfaces articulaires doivent se toucher par le plus de points possible ; 2^o leurs axes doivent se confondre ; 3^o la cavité articulaire doit offrir la capacité la moins grande possible ; 4^o les ligaments, la synoviale, les parties molles ne doivent pas être plus distendues d'un côté que de l'autre ; 5^o les muscles aussi doivent de tous les côtés être également tendus et soumis à la même traction ; 6^o la position doit être telle que s'il survient une ankylose le membre rende au malade le plus de services possible. »

Et il ajoute plus loin (3) : « Au coude toutes ces conditions sont réalisées par la demi-flexion. »

En 1861, Pourat traitant de l'ankylose rectiligne au point

1. Bonnet. *Traité de thérapeutique des maladies articulaires*, 1853, p. 554.

2. Crocq. *Traité des tumeurs blanches*, 1853, p. 507.

3. Crocq, *loco citatato*, p. 509.

de vue de l'intervention chirurgicale écrit ces lignes (1) :

« Je ne dirai pas combien la position rectiligne est défec-
tueuse pour le malade : non-seulement il a près de lui un
membre qui ne peut en quoique ce soit lui rendre de ser-
vice, mais encore il a sans cesse auprès de lui un corps
étranger qui le fatigue et qui le gêne.

« Si donc on fléchit le coude, on rend au bras une partie
de ses anciennes fonctions ; quel service n'aura-t-on pas
rendu au malade ! »

Dans le *Dictionnaire encyclopédique* de Jaccoud, 1865,
nous trouvons à l'article enkylose (2) :

« Le pronostic d'une ankylose varie ; 1° en raison de la
position du membre ; 2° de la gêne des mouvements » : et
plus loin : « La position vicieuse contribue beaucoup à
rendre une ankylose pénible ou peu supportable. L'ankylose
droite du coude par exemple, constitue une véritable infir-
mité. »

A l'article *Coude*, nous lisons (3) :

« Dans quelques cas, comme nous l'avons dit, l'ankylose
est une terminaison favorable, par exemple dans celui d'une
tumeur blanche avancée, à condition toutefois que l'on
puisse obtenir l'attitude angulaire (l'angle doit être un peu
inférieur à l'angle droit). De là le soin extrême qu'il faut
prendre de maintenir dans toute maladie du coude le mem-
bre dans la position que nous venons de déterminer. »

1. Pourat. Thèse de Paris, 1861.

2. Jaccoud. *Dictionnaire encyclopédique*, 1865 (art. anky-
lose).

3. Jaccoud, *loco citato*, article coude (arthrites).

Voici maintenant dans quels termes Nélaton (1) parle de l'ankylose du coude :

« Souvent l'ankylose est une terminaison qu'il faut regarder comme fort heureuse dans certaines affections : telles que les tumeurs blanches, les plaies suppurantes des articulations, les résections, etc. Aussi loin de chercher à l'empêcher, le chirurgien doit-il la favoriser, et, pour que le membre ankylosé soit le moins inutile et le moins nuisible qu'il sera possible, il faut faire tous ses efforts afin que l'ankylose s'effectue dans une position convenable ; ainsi le coude doit être maintenu fléchi. Pour obtenir ce résultat, il faut immobiliser l'articulation au moyen de tuteurs ou d'appareils inamovibles ».

Puis au sujet de la tumeur blanche du coude, il dit (2) : « Cette tumeur blanche se guérit souvent par ankylose (Sanson) : Voilà pourquoi il importe de placer le membre dans la flexion à angle droit et en demi-pronation pendant qu'on le maintient dans l'immobilité » : Et plus loin : « Suivant nous, cette manière de faire (résection pour combattre l'ankylose) ne serait justifiable que dans le cas où le membre serait affecté d'une ankylose rectiligne. »

Dans un article sur le traitement des fractures de la rotule et de l'olécrâne, Arthur Fergusson préconise aussi la demi-flexion (3) :

1. A. Nélaton. *Eléments de pathologie chirurgicale*, 1869, p. 788.

2. A. Nélaton, *loco citato*, p. 877 et 878.

3. A. Fergusson : *the treatment of fractures of the patella and olecranon by the expectant method : the practitioner*; mars 1875.

« Le malade souffre moins que dans l'extension et surtout l'extension forcée du bras, et, si par hasard survient une ankylose, le bras pourra rendre plus de service dans la position demi-fléchie. »

Dechambre (1) s'exprime ainsi : « Une ankylose est vicieuse dès l'instant où l'avant bras se trouve fixé dans la position étendue sur le bras, — ankylose rectiligne — ou dans une attitude voisine de l'extension ».

Dans le cas d'ankylose, L. Ollier émet une opinion semblable ; pour lui (2) :

« La résection du coude, indispensable dans le cas d'ankylose bilatérale, doit être proposée dans le cas d'ankylose rectiligne ou à angle obtus. »

Ayant affaire à un malade atteint d'arthrite rhumatismale fongueuse du coude droit, Trélat fait remarquer (3), qu'« avant que son client ne quitte le service il lui avait placé le membre dans la demi-flexion, cherchant ainsi à se rapprocher le plus possible de la situation naturelle : et quand le malade revint à l'hôpital, il ne portait plus d'appareil et, le membre était dans une position vicieuse, dans un état intermédiaire à la demi-flexion et à l'extension. »

Parlant d'un malade, âgé de 52 ans, atteint d'une tumeur blanche du coude, M. Bouilly manifeste son avis ainsi qu'il suit (4) :

1. Dechambre : *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, article *coude*.

2. Ollier. *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie* : juin et déc. 1878.

3. Trélat. *Gazette des hôpitaux*, oct. 1880.

4. Bouilly. *Gazette des hôpitaux*, Paris, sept. 1886.

« Nous immobiliserons son membre dans une position à angle droit exagérée, c'est-à-dire dans la meilleure attitude possible au cas où nous obtiendrons une bonne ankylose. »

M. le professeur Després est aussi un ardent promoteur de cette opinion, il dit (1) :

« Il faut autant que possible au moment où l'on applique la compression, placer le membre dans la position la plus favorable dans la supposition qu'un membre doit être ankylosé : il faut donc redresser le membre inférieur et fléchir le coude. » Il ajoute plus loin : — « Pour le coude, il faut du premier coup le placer de force dans la flexion à angle droit et appliquer ensuite l'appareil ouaté. »

« Un point capital, énonce M. le professeur Tillaux (2), dans l'application de l'appareil (ouaté silicaté) et dont nous constatons assez souvent l'omission, c'est la position à donner au membre. Rappelez-vous en effet que s'il est très rare d'observer la suppuration dans l'arthrite aiguë, il est de règle d'observer après guérison une grande roideur articulaire qui peut aller jusqu'à l'ankylose, et il faut en prévenir vos malades. Or, un coude ankylosé à angle droit et surtout à angle aigu rend encore de grands services. Si le bras est allongé au moment de votre intervention et que vous ne puissiez le fléchir sans provoquer les plus vives douleurs, endormez votre malade. »

A propos du traitement de la tumeur blanche du coude il ajoute (3) : « Dans une ankylose incomplète, si l'avant-bras

1. Armand Després. *Leçons de clinique chirurgicale*, 1888, p. 298 et 299.

2. Tillaux. *Traité de clinique chirurgicale*, 1891. T. I, p. 599.

3. Tillaux, *loco citato*, p. 615 et 616.

est à angle droit sur le bras, bornez-vous à conseiller le plus de mouvements possible (à moins qu'on ne soit en présence d'une tumeur blanche). »

« Si le bras est ankylosé dans la position rectiligne, quelle que soit la cause première de l'ankylose (tumeur blanche, inflammation franche ou traumatisme) il faut remettre le bras dans une position telle qu'il puisse être utile, c'est-à-dire à angle droit et même à angle aigu.

« Si l'ankylose est complète, il existe une fusion entre les os du coude. Le bras est dans la position rectiligne, l'indication n'est pas douteuse, il faut détruire l'ankylose pour ramener le bras à angle droit. »

Dans un autre paragraphe, nous trouvons encore cette phrase : « Il en est qui s'accommodent très bien d'une ankylose à angle droit ; d'autres, au contraire, ne pouvant exercer leur profession convenablement, réclament vivement la récupération des mouvements. »

Même dans ces dernières lignes, M. le professeur Tillaux, songe encore exclusivement à ceux dont le membre supérieur est immobilisé à angle droit. Il ne pense nullement à ceux qui, ainsi que nous le verrons dans la suite, s'accommodent fort bien d'une ankylose rectiligne.

D'après ce qui précède, nous sommes amenés à diviser les ankyloses en deux variétés, comme cela, du reste, a été fait depuis longtemps déjà : 1° les ankyloses angulaires ; 2° les ankyloses rectilignes.

Les premières étant celles qui font faire à l'avant-bras un angle droit sur le bras ou un angle intermédiaire à l'angle droit et à l'angle aigu limité.

Les secondes étant celles qui immobilisent l'avant-bras

sur le prolongement du bras, ou qui donnent au coude une position intermédiaire entre l'angle droit et la rectitude parfaite, lui faisant faire par conséquent un angle obtus très ouvert.

Un mot maintenant pour dire ce que l'on entend par ankylose. Suivant Hippocrate et ses successeurs, la dénomination de *αγκυλωσις*, de *αγκυλος* angle était réservée à toute immobilité angulaire d'un membre. Quant à l'attitude rectiligne, assez rare du reste, nos anciens ancêtres la désignaient sous le nom de *ορθοκωλον*.

A l'époque où vivaient Guy de Chauliac 1363 et Ambroise Paré 1575, ce dernier mot abandonné de plus en plus, tombé en désuétude et le mot ankylose est seul adopté pour désigner toute immobilité due à une lésion articulaire.

C'est encore le même sens que les chirurgiens de notre époque attribuent à ce mot, que le membre se trouve dans une position angulaire ou rectiligne.

« L'ankylose n'est pas une maladie, énonce Richet (1), c'est un état organique succédant à une maladie, lequel ne prend un caractère spécial, un cachet propre que si l'affection qui lui a donné naissance a disparu.

Le propre de l'ankylose est donc d'abolir les mouvements, de placer le membre dans une attitude vicieuse et de priver le malade des services qu'il peut lui rendre. Cet état est dû à une altération des surfaces articulaires et des parties qui concourent à les former; extrémités osseuses, cartilages, ligaments, synoviales. »

Si nous nous sommes si longuement étendus au commen-

1. Richet, Thèse de Concours (1850).

cement de ce travail, et si nous avons présenté autant de citations d'auteurs connus, c'est pour mieux faire ressortir que tous les chirurgiens de notre époque sont d'accord pour rejeter l'ankylose rectiligne de la thérapeutique chirurgicale. Pour eux, en effet, c'est une attitude vicieuse qu'il faut corriger quand elle se présente, c'est une infirmité qui ne permet pas au malade de subvenir à ses besoins les plus naturels, qui l'empêche par exemple de prendre un mets et de le porter à sa bouche, de porter la main à sa tête pour se couvrir ou se découvrir, « de l'approcher de sa figure ou de son col. » Aussi ce sujet a-t-il été l'occasion de recherches, de travaux intéressants et d'opérations remarquables.

En principe, nous sommes pleinement d'accord avec nos maîtres actuels, et nous ne voulons en rien combattre leur œuvre. Nous serons même, au contraire, les premiers à solliciter une intervention pour combattre une infirmité pénible. Nous cherchons seulement à montrer que l'ankylose rectiligne ne doit pas être complètement abandonnée et rejetée. Nous prétendons qu'au point de vue pratique elle peut rendre de grands avantages à certains malades, avantages que ne compenserait nullement l'attitude angulaire.

Aussi avant de chercher à obtenir une ankylose lorsque nous sommes en présence d'une affection articulaire pouvant entraîner la roideur de l'articulation, avant de faire disparaître une attitude droite qui dans notre esprit doit être la cause d'une gêne pénible, devons-nous consulter le malade sur sa profession, étudier l'attitude de ses membres dans ses principaux travaux journaliers et leur donner la position la plus favorable. Il faut avant tout que ce malheureux estropié puisse continuer ses occupations et ne soit pas doté

d'une infirmité qui l'empêchera de rester dans la situation qu'il avait choisie. Sinon, il sera alors obligé de s'en créer une nouvelle, ou bien encore il restera à charge à la société. Or, il est des professions où l'attitude rectiligne est nécessaire ; nous allons en présenter quelques-unes.

Nous ferons remarquer en passant que si nous préconisons l'ankylose rectiligne nous n'en sommes partisans qu'au cas où un seul bras est atteint. Il n'en sera plus de même si les deux membres sont malades. Le patient, en effet, ainsi impotent, ne pourra pas vivre commodément ; il sera dans l'état du paralytique qui ne peut approcher les mains de son front, il végètera. Certes, ce n'est plus ce qui se passe quand un seul des membres est atteint, car l'autre valide peut suppléer à cette infirmité.

Dans ce travail, nous envisagerons rapidement les différentes causes d'ankylose du coude, les diverses variétés que l'on rencontre au point de vue anatomo-pathologique ; mais ce que nous considérerons surtout, ce sont les mouvements physiologiques accomplis par l'articulation dans diverses professions. Enfin nous citerons des observations dans lesquelles nous verrons les malades se mieux trouver de la position rectiligne que nous préconisons dans ces cas.

CHAPITRE PREMIER

L'ankylose du coude résulte, soit de causes physiologiques, soit de causes pathologiques.

Parmi les premières, nous citerons la vieillesse où les surfaces articulaires, moins lubrifiées par la synovie, sont plus facilement érodées ; les attitudes professionnelles ; l'immobilité prolongée, témoin l'ankylose qui peut résulter à la suite des fractures de l'avant-bras si l'on n'enlève pas l'appareil assez à temps.

Mais le plus souvent, on la doit à des causes pathologiques : arthrites, tumeurs blanches, fractures intra et extra-articulaires, phlegmons péri-articulaires chroniques, contusions étendues, brûlures profondes, plaies pénétrantes, luxations anciennes ou mal réduites, etc...

Nous allons passer rapidement en revue ces différentes données étiologiques, faisant remarquer de suite que l'ankylose se produit plus rapidement dans une articulation enflammée que dans une articulation qui ne l'est pas, que l'articulation du coude est de toutes les grandes articulations, celle qui s'ankylose le plus facilement, et que dès lors dans ce cas, on devra agir sans retard pour obtenir l'attitude désirée du membre.

Une articulation privée de ses mouvements ne reprend sa souplesse qu'après avoir joué librement pendant un temps dont la durée varie avec la durée même de l'immobilité. A

l'état de repos, en effet, les tissus fibreux tendent à se rétracter très vite, la sécrétion de la synovie et la nutrition du cartilage se font mal, surtout si une fracture préexistante a occasionné dans l'articulation des épanchements séreux ou sanguins. Toutefois cette loi est loin d'être absolue, témoins certains exemples de Cruveilhier et de Ollier dans lesquels une immobilité prolongée de l'articulation temporo-maxillaire et du bras n'a pas été suivie d'ankylose.

Nous ne nous étendrons pas plus longuement sur les attitudes professionnelles vicieuses. Ces dernières n'agissant dans l'ankylose que par l'épaississement et l'inflammation des ligaments tirillés amenant leur dégénérescence et pouvant être plus tard un obstacle au redressement de l'articulation.

Ce qui dans l'arthrite rend l'ankylose si prompte, ce sont la vascularisation et l'épaississement inflammatoire des parties cellulo-fibreuses, amenant rapidement la rétraction des ligaments, leur ossification, l'usure et la perforation des cartilages. Les surfaces articulaires pouvant se dénuder et se souder donnent lieu à l'ankylose osseuse la plus grave et la moins réductible. Si l'inflammation est surtout articulaire, on a alors l'ankylose fibreuse ou l'ankylose à jetées osseuses.

Les arthrites infectieuses sont les plus dangereuses, c'est d'elles que Gosselin disait : elles sont plastiques ankylosantes. Parmi ces arthrites infectieuses, nous nous contenterons de citer les arthrites traumatiques, dues à des plaies pénétrantes de l'articulation, et surtout les arthrites blennorrhagiques. Ces deux affections amenant en peu de temps la suppuration et produisant des dégâts considérables dans l'articulation.

La goutte et le rhumatisme, surtout le rhumatisme chronique, ont bien mérité le nom de diathèse ostéophytique ou phosphatique, vu leur tendance à l'ossification des séreuses articulaires. Chacun a pu se rendre compte combien certains mouvements sont pénibles pour les vieillards, surtout les mouvements de flexion en avant.

L'immobilisation articulaire nécessitée pour les fractures a été décrite par Bonnet et par Sanson sous le nom de scorbut local, et les lésions qui en résultent seraient dues suivant Teissier de Lyon à un épanchement de sang et de sérosité intra-articulaire, à l'injection de la synoviale, à l'altération du cartilage, le tout déterminant l'ankylose. Toutefois, suivant Hubert Buzot, l'immobilisation seule ne pourrait déterminer que des lésions péri-articulaires aboutissant à une ankylose incomplète peu serrée.

Le plegmon péri-articulaire aigu ou chronique déterminant un épaissement inflammatoire des tissus, agira en quelque sorte à la façon des arthrites, surtout à la façon des arthrites fongueuses péri-articulaires.

Les brûlures sur lesquelles nous reconnaissons dès maintenant combien il est difficile d'agir, produiront l'ankylose par suite de la rétraction du tissu fibreux cicatriciel immobilisant la jointure dans une attitude mauvaise.

Enfin, disons un mot des luxations du coude et surtout des luxations mal réduites. Dans le premier cas, les tentatives de réduction faites malheureusement trop souvent par des gens de métier, rebouteurs ou autres, n'ayant aucune connaissance médicale, n'aboutissent fréquemment qu'à créer des désordres articulaires importants, accompagnés de déchirures, de ruptures vasculaires ou nerveuses, voire même

de fractures, mettant l'articulation dans un état éminemment propre à l'enflammer et à l'ankyloser secondairement. Si ces tentatives n'ont pu aboutir au remplacement des surfaces articulaires, les malades restent porteurs d'un membre déformé et placé dans une attitude ne permettant que des mouvements très limités, même moins étendus parfois qu'avant la tentative infructueuse. Ce sont encore de ces cas qui donnent lieu à la production d'une ankylose rapide.

Pour qu'une ankylose se fit dans une position favorable, on a prétendu que les surfaces articulaires devaient se correspondre le plus exactement possible et que la cavité articulaire fut réduite au minimum. C'est à Crocq que nous empruntons cette idée. Aussi trouve-t-il toutes ces conditions réalisées dans l'attitude fléchie donnée à l'ankylose du coude.

Sans nous inscrire absolument en faux contre cette opinion, que les épanchements sont plus facilement modifiés dans cette position, nous n'en poursuivrons pas moins nos vues pour le coude. Il nous suffit, en effet, de jeter un coup d'œil rapide sur les articulations voisines pour voir combien souvent ces données théoriques sont violées sans préjudice pour le malade, ni pour la marche de son affection ; nous nous convaincrons que la résorption des exsudats pathologiques ou leur transformation se fait aussi facilement dans une autre position, en voyant qu'au genou c'est dans l'attitude droite que l'on immobilise la jambe sur la cuisse, Non seulement prétend-on dans ce cas, la position est meilleure, mais la douleur disparaît le plus ordinairement. L'exsudat se modifie si bien que les chirurgiens s'entourent de précautions nombreuses pour éviter l'ankylose de l'articulation lorsqu'ils sont obligés d'immobiliser le genou. Le tra-

vail réparateur dans les affections articulaires localisées à cette jointure se fait donc parfaitement dans cette attitude ; et pourtant, c'est alors que les surfaces articulaires se correspondent le moins, que la cavité est plus grande et moins effacée. Plus encore, pour la coxalgie. M. le professeur Lannelongue va jusqu'à indiquer l'extension du membre.

Si nous nous étendons ainsi c'est pour nous convaincre que l'attitude n'influe en rien sur les résultats qu'on cherche à obtenir, à condition sans doute que dans un cas comme dans l'autre, on aide au travail réparateur par une compression bien conduite et des révulsifs appropriés.

CHAPITRE II

Avant d'aborder l'anatomie pathologique des ankyloses du coude nous décrirons rapidement l'articulation.

L'articulation du coude, dite encore huméro-cubito-radiale, est une articulation de la classe des diarthroses, c'est une ginglyme angulaire formée par une poulie osseuse ou trochlée que l'on trouve à l'extrémité inférieure de l'humérus, et, par une surface moulée sur la poulie, représentée ici par la tête du radius qui tourne sur le condyle huméral et par la grande cavité sygmoïde du cubitus, toutes deux revêtues de cartilages lubrifiés par la synovie. Elle présente aussi quatre ligaments articulaires : deux ligaments latéraux interne et externe très solides, simples en haut, bifides en bas ; un ligament antérieur très mince et un ligament postérieur rudimentaire. Une membrane synoviale en tapisse la cavité.

Deux mouvements seulement se passent dans cette articulation. Ce sont les mouvements de flexion et d'extension. Or, quand pour une cause quelconque, la cessation des mouvements se produit d'une façon définitive, on dit qu'il y a ankylose, ankylose complète ou incomplète, suivant que ces mouvements sont entièrement abolis ou qu'ils sont très limités dans l'un ou l'autre sens. Remarquons que c'est l'articulation où l'ankylose se manifeste le plus promptement.

Si les causes qui déterminent la formation de l'ankylose sont nombreuses, ainsi que nous l'avons vu précédemment

il n'en est pas moins vrai que le travail pathologique qui s'accomplit dans l'articulation est presque identique dans tous ces cas, à cette différence toutefois que les lésions seront plus ou moins avancées.

Parfois les surfaces articulaires sont saines, mais plus généralement elles sont dépolies, déformées et plus ou moins soudées. La sécheresse de l'articulation a été particulièrement notée par Dupuytren et Cloquet ; les cartilages s'en-croûtent, les fibro-cartilages se gonflent, ils se ramollissent, subissant une dégénérescence spéciale à laquelle on a donné le nom de velvétique.

Les extrémités osseuses déformées et déplacées peuvent éprouver un changement dans les rapports des surfaces articulaires. Au coude, on l'observe surtout pour le radius ; les saillies osseuses qui servent de points d'insertion aux muscles s'atrophient.

A la suite de cette usure des cartilages, voire même de leur disparition, il peut y avoir soudure complète des deux os. D'après Lacroix (1), le travail pathologique marche ordinairement de la périphérie vers le centre, de la convexité vers la concavité, où finalement, ils semblent plus spécialement se localiser. Le tissu spongieux des épiphyses paraît jeter ses lamelles osseuses vers la périphérie et, bien que ce soit l'exception, les deux canaux médullaires peuvent finir par se réunir. Dans les arthrites scrofuleuses et rhumatismales, le tissu osseux est surtout friable et flexible ; dans certains de ces cas, on a parfois de l'ostéite condensante. La

1. Lacroix. *Annales de la chirurgie française et étrangère*. Tome IX. 1849.

séreuse articulaire altérée, et épaissie offre les caractères d'une inflammation chronique ; quelquefois comme l'indique Richet, il n'existe plus qu'un véritable manchon fibreux fixant intimement les deux os l'un à l'autre. On peut ne trouver que des plaques indurées sur la synoviale, mais les culs-de-sac tendent toujours à se plisser et à former des adhérences qui diminuent d'autant l'étendue de la séreuse et ses mouvements.

M. Campenon s'est étendu longuement sur ces adhérences lorsqu'elles sont solides et fusionnées pour montrer qu'alors elles sont un obstacle absolu à la plénitude des mouvements.

Dans la production de l'immobilité de l'articulation, les ligaments jouent un rôle considérable par leur modification de structure et leur direction. Le début est marqué par une infiltration séro-gélatineuse dans le tissu cellulaire interstitiel. Les fibres lamineuses du tissu fibreux se gonflent, prennent l'aspect opalin en perdant leur aspect nacré. Les ligaments semblent donc transformés en une substance molle, translucide, lardacée. Cette production cellulaire évidente tend à former un tissu rétractile.

Cet épaississement qui porte principalement pour le coude sur le ligament antérieur est dû aux altérations de la synoviale et à la condensation du tissu cellulaire avec lequel il est en rapport. Même lorsque le ligament semble normal, tout en ayant subi des altérations légères, il ne peut plus répondre, comme le fait remarquer Gerdy, que par la résistance ou la rupture aux tractions qu'on lui fait subir.

M. Duret compare l'évolution des produits plastiques fibreux développés sur la synoviale à celle des fausses mem-

branes des pleurésies fibrineuses ; et M. Hueter oppose la solidité des adhérences avoisinant les bords des surfaces articulaires à la mollesse de celles de la surface centrale qui ne sont guère constituées que par de minces prolongements vasculaires. La résistance des adhérences périphériques est donc toujours plus considérable. A la dégénérescence fibreuse des ligaments, se joint parfois une dégénérescence osseuse et l'on a ainsi différentes formes d'ankyloses : l'ankylose osseuse périphérique ; l'ankylose par jetées osseuses ou à ponts et l'ankylose cerclée des vétérinaires.

Dans le premier cas, il n'est pas rare de voir l'intérieur de l'articulation demeurer intact, les parties circonvoisines subissant seules des modifications. Le tissu cellulaire du pli du coude contribue à l'épaississement du ligament antérieur ; la fusion peut être complète et l'on observe une masse sclérosée, fibreuse, voire même osseuse, pouvant jouer un rôle considérable dans la solidité de l'ankylose rectiligne.

Les muscles varient de forme, de volume et de structure. Toutefois il est probable qu'ils conservent une partie de leur élasticité et de leur extensibilité (Campenon), propriété importante à noter dans le redressement ou l'extension d'une articulation ankylosée.

Les aponévroses d'enveloppe subissent aussi une dégénérescence fibreuse.

Les parties molles entourant l'articulation (peau, muscles, aponévroses, tissu cellulaire, vaisseaux, nerfs) subissent des modifications si importantes en se rétractant qu'elles créent des obstacles au redressement de l'ankylose. Ces parties extérieures jouent un rôle exclusif dans l'ankylose périphérique. On comprendra dès lors combien il sera difficile de redres-

ser une ankylose due à l'immobilisation occasionnée par une brûlure. De là, l'inefficacité de la ténotomie.

On n'est pas d'accord sur les altérations que peuvent présenter les vaisseaux et les nerfs ainsi relâchés par la flexion permanente de l'articulation. Ils semblent se rétracter peu à peu; d'où les dangers de redresser le membre quand on ne l'a pas placé dans une situation convenable.

Si l'on cherche les troubles apportés au développement de l'os par suite d'une ankylose contractée dans le jeune âge, on voit d'après les recherches d'Ollier que l'accroissement en longueur n'est pas troublé, le membre seulement est plus grêle; cependant si l'affection s'est propagée aux cartilages de conjugaison les deux membres seront inégaux.

Les lésions articulaires pouvant être plus ou moins nombreuses, c'est-à-dire portant sur les parties périphériques ou les surfaces articulaires ont amené les auteurs à décrire plusieurs degrés d'ankyloses.

Fabrice de Hilden parle de l'ankylose incomplète due à une rétraction des parties molles. Holms les divise en ankyloses complètes et incomplètes; cette dernière variété comprenant l'ankylose périphérique. Cruveilhier reconnaissait cinq types principaux: l'ankylose 1° par invagination; 2° par fusion; 3° par interposition; 4° par amphiarthrose; 5° mixte; Nélaton et Boyer reconnaissaient une ankylose par fusion ou par jetées osseuses. Toutelois cette dernière classification, d'après Richet, ne saurait répondre aux besoins de la clinique.

Aussi Ollier, Follin, et Terrier admettent-ils l'ancienne classification: ankylose complète et incomplète. Cette dernière d'après M. Campenon pouvant être lâche ou serrée.

L'ankylose peut donc présenter trois degrés différents :
1° l'ankylose complète : soudure centrale ou périphérique, cavité articulaire disparue, dégénérescence musculaire complète ; 2° l'ankylose incomplète serrée : cal cellulo-fibreux inter-articulaire, induration péri-articulaire étendue, déformation des surfaces ; 3° l'ankylose incomplète lâche, dans laquelle les lésions sont des plus variées : brides fibreuses inter-osseuses, épaissement et adhérence de la synoviale, induration des ligaments, déformation légère des surfaces, parties extra-articulaires peu altérées (Campenon).

CHAPITRE III

Nous allons maintenant passer en revue et étudier successivement diverses professions où nous verrons les attitudes prises dans chacune d'elles par le membre supérieur.

Peut-être donnerons-nous des détails minutieux et emploierons-nous des expressions vulgaires, mais nous ferons remarquer que c'est uniquement par l'étude approfondie des mouvements professionnels que nous pourrions légitimer notre manière de voir.

Le paysan, qui forme la majorité de la population de nos campagnes, s'occupe essentiellement des travaux des champs et c'est aux travaux de la terre qu'il passe la plus grande partie de son existence. Il s'occupe du labour, des semailles et enfin de la récolte.

Pour remuer la terre, il se sert de la charrue, dont avec les deux mains en demi pronation il tient solidement les bras longs mais peu élevés, les siens écartés du tronc, presque étendus et même souvent dans la rectitude. Il s'y appuie de tout son poids, se laissant pour ainsi dire porter, sans toutefois abandonner le sol, afin que le soc qui fend et renverse la terre, y creuse des sillons plus profonds et la fouille davantage. Sa puissance serait bien diminuée s'il tenait les avant-bras fléchis. Et dans ce cas, ce ne serait

qu'au prix de fatigues plus grandes ou de subterfuges qu'il pourrait arriver au même résultat.

Les semailles n'offrent rien de particulier, si ce n'est cependant que tous les mouvements produits par le membre supérieur pour jeter la semence se passent surtout dans l'articulation scapulo-humérale faisant, ainsi décrire à la main un arc de cercle.

Au moment de la récolte des foin, nous pouvons étudier l'attitude que prend le membre supérieur pour se servir de la faux. Nous avons maintes fois été à même de constater dans nos campagnes que les deux bras sont étendus ou presque étendus pour tenir cet instrument, et que les mouvements de va-et-vient imprimés pour couper l'herbe au ras du sol ne se passent nullement dans l'articulation du coude, mais bien dans l'articulation du poignet et surtout dans celle de l'épaule. Si le faucheur s'arrête pour aiguiser sa lame : c'est encore dans la position rectiligne que se trouve son bras droit quand il passe alternativement sur l'une et l'autre face la pierre à faux. Et c'est dans la même position que se trouve le bras gauche pour soutenir l'extrémité de la lame. Les mouvements imprimés à la pierre se passent du reste presque exclusivement dans le poignet,

Devenu faneur, il tient sa fourche de la même manière, pour tourner et retourner le foin qu'il veut faire sécher. Pour l'accumuler ensuite en meule (pile conique de foin), il se sert encore de la fourche ainsi maintenue et il enlève la charge à bout de bras.

Au moment de la récolte des céréales, nous savons que c'est avec la faucille que le froment est coupé. Le moissonneur se tenant le corps incliné en avant vers le sol, enlace

une touffe de blé de la main gauche tandis que de l'autre qui tient l'instrument, le bras allongé, il coupe les tiges le plus bas possible.

Pour rassembler ensuite et lier les gerbes, les deux bras se trouvent encore dans cette même position.

Tout ce que nous venons de dire, nous montre donc que dans la plupart des travaux des champs l'articulation du coude (qui ne présente, nous l'avons vu, que des mouvements de flexion et d'extension) est celle des articulations du membre supérieur qui est la moins utilisée, puisque l'avant-bras et le bras sont rarement fléchis, leurs axes étant presque toujours sur le prolongement l'un de l'autre, ou ne formant qu'un angle très ouvert : les mouvements se passent dans les articulations du poignet et de l'épaule. Aussi est-ce une profession pour laquelle nous recommanderons le plus l'ankylose rectiligne du coude, jointe à la demi-pronation, en cas de maladie de cette articulation. En vain, nous objectera-t-on que cette attitude rectiligne du bras est loin d'être entièrement favorable ; mais dans les autres circonstances le malade pourra toujours se servir de son bras sain pour porter les aliments à la bouche, la main au visage ; et en somme le bras estropié pourra lui permettre de continuer à exercer sa profession et de subvenir ainsi à ses besoins. Voici ce que dans ce cas le chirurgien devra toujours chercher à obtenir.

A l'appui de cette étude, nous ne saurions mieux faire que de citer l'observation suivante :

OBSERVATION I (inédite).

*Due à l'obligeance de M. le Dr Renoul, ancien interne des
hôpitaux de Nantes.*

Ankylose permanente du coude.

L..., âgé de 65 ans, laboureur, couché au lit n° 24 de la salle 11, service de M. le Dr Boiffin.

Cet homme à la suite d'une arthrite probablement strumeuse a été atteint au bras droit d'une ankylose presque rectiligne ; l'avant-bras forme avec le bras un angle d'environ 160°, la main est dans une attitude intermédiaire à la pronation et à la supination. Les mouvements du poignet sont en partie conservés, mais ont une amplitude beaucoup moindre que ceux du poignet gauche.

Nous pensions alors que cette attitude devait être défavorable pour le malade dans l'exercice de sa profession. Nous lui avons donc demandé s'il ne serait pas beaucoup plus à l'aise avec un coude fléchi à angle droit. L... nous expliqua que son membre dans la position où il était lui rendait d'immenses services et que dans toute autre attitude, il n'aurait pas pu s'en servir.

Ses occupations consistent en effet, à rouler des brouettes, à faucher, à bêcher au pic ou à la bêche ; et, il nous suffit d'un instant de réflexion pour nous convaincre que pour ces divers travaux, le membre supérieur doit garder la position rectiligne.

Ne voulant pas nous tenir pour battus, nous lui avons demandé si pour prendre ses repas la position de son bras ne

lui était pas cause d'une certaine gêne ; il s'est immédiatement plu à nous montrer que, armée d'une fourchette ordinaire, sa main portait sans trop de peine les aliments à sa bouche. Il lui suffisait de faire un mouvement d'adduction de la main, assez prononcé, d'allonger le cou en fléchissant un peu la tête et d'imprimer au bras tout entier une rotation en dedans.

En tous les cas sa main gauche suppléait amplement à cet exercice.

Tous les autres emplois de la main droite sont exécutés avec la main gauche à l'exception d'un seul pour signer son nom. Il se sert alors de son bras droit étendu et il lui suffit pour cela de mettre le papier à une distance convenable.

En résumé cet homme paraît s'accommoder parfaitement d'une situation qui, si l'on en croit les auteurs classiques serait insupportable.

Nous nous étendrons moins longuement sur les autres professions se rapportant aux travaux de la terre : jardiniers, vignerons, terrassiers.

Le jardinier tour à tour bêche, bine, ratisse, plante, arrose. Tel est le genre d'exercices qu'il accomplit le plus souvent dans ses travaux journaliers.

Jetons un coup d'œil rapide sur ces différents points, et voyons quelle attitude prend le membre supérieur.

Que l'individu soit droitier ou gaucher, cela nous importe peu ; pour bêcher l'un de ses membres est directement étendu sur le manche de la pelle, tandis que l'autre demi-fléchi, mais faisant tous les mouvements, s'empare de son extrémité supérieure. Ainsi le bras étendu sert de point d'ap-

pui au levier que forme le manche de l'instrument, tandis que l'autre représente la puissance.

Si après une affection articulaire du coude, l'un des bras était resté fixé dans une position angulaire, il ne pourrait remplir que le rôle de puissance et les mouvements de flexion et d'extension étant entièrement abolis, la force diminuerait d'autant malgré la liberté du poignet et devait être compensée par la projection du tronc en arrière. Au contraire, si le bras est ankylosé dans l'attitude rectiligne, il remplira le rôle de point d'appui et l'affection articulaire ne nuira en rien à sa fonction.

Pour biner c'est encore à peu près dans la même attitude que l'on tient le manche de la binette (instrument aratoire plat servant à remuer la terre une seconde fois) avec cette différence que le membre appliqué au sommet du manche doit produire des mouvements de propulsion en avant. Nous ferons pour ce genre de travail les mêmes réflexions physiologiques que pour celui de bêcher. Nous dirons aussi que pour ratisser la position des membres sur le rateau est la même; mais le bras qui en maintient le manche doit produire un mouvement de traction en arrière.

A diverses époques, le jardinier plante des légumes et pique en terre certaines fleurs saisonnières. Il est ordinairement debout pour cette opération, le tronc incliné vers le sol, parfois même il se tient accroupi; mais dans l'un et l'autre cas les membres supérieurs sont étendus. D'une main armée d'un piquet ou seulement avec un doigt, il creuse en terre un trou pour recevoir le plan qu'ensuite il recouvre de terre. Dans ce cas encore si le patient était atteint d'ankylose

angulaire, ce serait pour lui une position fort pénible pour accomplir son travail.

Enfin il faut arroser. Dans cet acte professionnel, l'articulation du coude est encore presque immobile et dans la rectitude, et les mouvements de va-et-vient d'avant en arrière imprimés à l'arrosoir se passent surtout dans l'articulation de l'épaule et celle du poignet.

Tels sont en peu de mots les différents actes qu'accomplit quotidiennement le jardinier. De l'attitude physiologique que prend le coude dans cette profession, nous tirerons des conclusions identiques à celles que nous avons déduites chez le laboureur. Et dans ce cas encore, nous favoriserons une attitude rectiligne pour l'ankylose du bras, si nous nous trouvons en présence d'une affection articulaire grave.

OBSERVATION II (personnelle).

Nous n'avons pas d'observation bien spéciale à donner ; mais nous connaissons un jardinier : G. F. âgé de 42 ans, demeurant à la Plaine, atteint depuis dix ans d'ankylose rectiligne du coude droit, survenue à la suite d'une fracture intra-articulaire. L'angle formé par l'avant-bras avec le bras mesure environ 145° . Il peut faire quelques légers mouvements d'extension et de flexion sans pouvoir toutefois dépasser dans la flexion la limite indiquée.

Il nous a affirmé se bien trouver de l'attitude dans laquelle est son membre supérieur droit, pour accomplir ses divers travaux. C'est même sur lui que nous avons constaté expérimentalement combien cette attitude était favorable dans ce

cas ; mais les déductions physiologiques tirées de la profession du malade nous avaient conduit aux mêmes résultats.

Il est un genre de travailleurs que l'on rencontre partout, que tout le monde connaît : c'est le terrassier qui pioche, charge et roule la brouette. Quelle est donc son attitude ?

Le bras qui sert de point d'appui à la pioche est encore droit ici ; l'autre n'est que légèrement coudé. Parfois le terrassier ne saisissant l'outil que de la main droite, le bras allongé, fait décrire à son instrument tout un cercle, en le projetant d'abord en arrière et en le ramenant par-dessus sa tête pour frapper avec plus de force et enfoncer le pic davantage. Dans ce cas l'articulation de l'épaule agit presque seule et la rectitude du membre ne fait qu'accroître la longueur du levier et par conséquent augmenter la force et la vitesse de la chute.

Une fois le sol défoncé, veut-il charger la brouette ou le tombereau avec sa pelle, l'attitude du bras point d'appui est encore droite, celle de la puissance est aussi presque étendue et c'est avec un mouvement du genou en avant qu'il la charge ; et, pour en projeter le contenu, il le fait par un mouvement de projection des bras en avant.

Il nous est inutile d'insister longuement sur la manière de conduire la brouette. C'est au vu et au su de tout le monde que c'est les deux bras pendants que le terrassier en saisit les brancards et la soulève. La position reste la même qu'il la conduise ou qu'il la traîne. Ici il n'y a qu'un seul mouvement, mouvement d'oscillation autour de l'axe de la tête de l'humérus qui se passe dans l'articulation de l'épaule, et permet de ramener les bras en avant ou en arrière.

Devons-nous chercher combien lui serait pénible une attitude angulaire, nous le croyons inutile, l'expérience de chaque jour étant là pour donner démenti à cette opinion et prouvant au contraire combien une position droite est favorable. Si dans cette profession, c'est l'ankylose rectiligne que nous préconisons pour le coude, c'est donc parce que la physiologie et l'expérience nous apprennent que c'est l'attitude professionnelle indispensable pour l'accomplissement des différents travaux. Nous ajoutons aussi qu'il faut y joindre la demi-pronation de l'avant-bras.

Nous allons maintenant envisager des professions d'un tout autre ordre que celles qui ont rapport au travail de la terre.

Nous prendrons le charcutier qui dans son métier se sert de trois instruments principaux : le couperet, la scie et le couteau.

On nous pardonnera les expressions qui peuvent paraître triviales, mais étant obligés de nous servir des mots et des termes des métiers, pour faire comprendre notre pensée, nous y aurons recours pour être plus clair.

Du reste, nous ne nous étendrons pas longuement sur cette profession.

Le bras doit être ici dans une attitude rectiligne et même dans l'extension forcée pour atteindre le fond du saloir (sorte de vase en grès où l'on enferme la saumure) pour y prendre la viande qui y a été déposée. Un membre coudé ne saurait y arriver, quel que soit l'artifice auquel on aurait recours, il resterait suspendu dans le vide.

Pour ce qui est des différents autres exercices de cette profession, nous dirons qu'ils s'accomplissent sur une table, le charcutier se tenant debout les deux bras presque tendus et

dans la demi-pronation. Tous ceux que nous avons interrogé ou vu travailler, se tiennent ainsi pour piquer les viandes, les couper, les hacher, etc...

Nous sommes donc amenés à dire que dans ce cas l'attitude rectiligne est plus favorable que toute autre et comme preuve nous ne pouvons mieux faire que de citer l'observation suivante.

OBSERVATION III (inédite).

*Ankylose du coude droit. Pseudarthrose consécutive
(D^r Renoul).*

Le nommé B..., âgé de 22 ans, est entré à la salle 11 où il est couché au n° 9. Il présente une pseudarthrose du coude droit.

Etant adolescent, il est tombé d'un cerisier et s'est fait une fracture en T de l'extrémité inférieure de l'humérus portant au milieu de la poulie trachéenne et ayant ainsi complètement séparé, en la divisant en deux parties, l'épiphyse inférieure de l'os.

La fracture se consolida laissant le membre fléchi à angle droit.

A peine son bras fut-il consolidé que le jeune malade, rendu à l'exercice de sa profession (il est charcutier) se trouva fort gêné de la position qui lui avait été donnée; et il eut bientôt rompu les attaches fibreuses qui réunissaient la partie fracturée au reste de l'os. De sorte que l'avant-bras recouvra une grande partie de ses mouvements, l'articulation se trouvant déplacée.

Le jeune homme s'applaudit de ne point avoir laissé son bras droit dans la position angulaire où on l'avait mis, car travaillant toujours debout et les bras étendus, il lui eut été impossible de continuer son état.

Il nous a longuement expliqué comment dans son métier il s'y prenait pour découper les viandes, et il nous a absolument convaincu de l'inutilité complète d'un membre supérieur fléchi à angle droit pour ces diverses manipulations.

Dans d'autres situations encore, nous allons voir que l'ankylose rectiligne du coude est préférable à l'ankylose angulaire.

OBSERVATION IV (inédite).

Due à l'obligeance de M. le Dr Tétou, ancien interne des hôpitaux de Nantes.

M. H. F..., percepteur, Mayenne, âgé de 50 ans, est affecté d'une ankylose du coude droit depuis l'âge de 17 ans. C'est un artiste en piano et en même temps un compositeur de musique.

Nous l'avons plusieurs fois interrogé sur l'avantage que lui offrait la position angulaire de son membre supérieur du côté droit. Il prétend que cette attitude est très commode pour son travail journalier, consistant en écritures et en chiffres : son bras se trouve ainsi dans la situation presque naturelle à l'écrivain.

Mais pour jouer du piano, nous dit-il, c'est une gêne très grande qu'il n'est parvenu à combattre qu'après un certain

nombre d'années. Il est obligé pour frapper les touches, de faire des mouvements du corps dans le sens du bras droit afin d'atteindre les notes élevées. La position qu'il prend actuellement n'est pas la même que celle des autres pianistes. Il s'assied à droite en face des notes élevées et très près de l'instrument. C'est pourquoi, s'il n'eut consulté que son art d'agrément, M. H. F. nous affirme qu'il eût préféré avoir le bras dans une attitude rectiligne ; mais sa situation l'oblige à travailler et pour lui la musique n'est en somme qu'un passe-temps.

De cette observation, nous devons donc conclure que chez un pianiste de profession cherchant à se tenir et à toucher du piano selon les règles et les principes qu'il est lui-même tenu d'enseigner, l'ankylose angulaire d'un bras est presque intolérable : et nous voyons que la gêne qui en résulte ne peut être qu'imparfaitement corrigée par l'artifice qu'imagina la personne faisant l'objet de l'observation précédente.

Dans certaines positions libérales l'ankylose rectiligne nous semble avoir encore de grands avantages. Nous en donnons comme preuve l'observation suivante recueillie sur un de nos amis.

OBSERVATION V (personnelle).

Ankylose rectiligne du coude gauche.

M. S..., pharmacien de 1^{re} classe, âgé de 26 ans, présente une ankylose du coude gauche. Nous ignorons quelle en a été la cause et à quelle époque elle s'est produite, mais le

fait est que son avant-bras forme avec le bras un angle de 160° environ.

Il nous apprend que cette position lui était assez favorable en égard à sa situation. En effet, il nous disait, et nous avons pu contrôler son assertion en le voyant travailler dans son laboratoire, qu'il lui était préférable d'avoir le bras dans cette attitude pour faire les différentes préparations médicinales ou autres, pour fabriquer les pilules et les pommades, confectionner les paquets : Il opérait du reste avec beaucoup d'habileté. Il nous faisait remarquer, en outre, que si son coude avait été ankylosé à angle droit dans une position angulaire, cela lui aurait été très incommode et beaucoup plus fatigant. Il aurait alors été obligé de travailler soit debout à une table très élevée, soit assis à une table ordinaire.

Nous allons encore citer l'observation suivante qui vient à l'appui de notre thèse, regrettant toutefois de ne pouvoir en tirer de conséquence pratique puisque la situation du malade n'y est pas indiquée ; mais elle nous aidera encore une fois à faire ressortir ce point essentiel, qu'il ne faut pas être trop absolu dans sa manière de voir, l'accepter sans contrôle et sans raisonnement, sans se demander si le malade se trouvera bien dans la suite d'un traitement systématique qui réussit chez le plus grand nombre.

OBSERVATION VI (1).

Ankylose de l'articulation huméro-cubito-radiale à la suite d'une plaie par arme à feu. Chute sur l'avant-bras. Mouvements rendus à l'articulation. Nouvelle ankylose survenue par la négligence du malade.

Le nommé Gallain, âgé de 45 ans, demeurant rue Jourat, n° 12, étant au service militaire dans le département du Nord, fut atteint dans les premiers jours du mois de mars 1814 d'un éclat d'obus qui contusionna fortement l'articulation huméro-cubito-radiale, détacha un lambeau assez considérable des parties molles qui recouvrent la partie antérieure de cette articulation.

Le malade ne put recevoir les premiers secours que le lendemain de l'accident, et ce ne fut qu'avec beaucoup de difficulté que l'on parvint à maîtriser les phénomènes inflammatoires qui se développèrent.

Dix jours après cet accident, Gallain reçut un congé définitif et crut mieux faire de sortir de l'hôpital et d'aller près de ses parents pour compléter sa guérison. La fatigue d'un long voyage, fait à pied, la négligence qu'il mit à panser une large plaie en pleine suppuration, quelques excès de régime qu'il commit ne contribuèrent pas peu à son arrivée chez lui à aggraver sa position. Le médecin qui fut appelé à lui donner ses soins reconnaissant toute la gravité du mal prescrivit

1. *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, tome 4, p. 199.

un régime intérieur convenable et assujettit la partie malade à un repos complet et à des pansements régulièrement faits. La suppuration diminua peu à peu ; la plaie se cicatrisa, mais il resta un gonflement assez considérable des surfaces articulaires et des tissus environnants, une ankylose complète, le bras conservant alors la position demi-fléchie.

Depuis cette époque jusqu'au mois de septembre 1835, Gallain s'était servi de son membre ankylosé, lorsqu'en conduisant ses chevaux il fit une chute sur l'avant-bras malade : la flexion du membre fut forcée. Gallain entendit un craquement qui lui fit craindre une fracture : mais quel fut son étonnement lorsqu'en se relevant il vit les mouvements de flexion et d'extension faciles dans l'articulation malade ; que sa main pouvait être portée à la bouche, qu'il pouvait saisir et poser un chapeau sur sa tête et que sa chute n'avait déterminé aucune fracture, pas même la plus légère contusion.

Gallain n'ayant éprouvé aucun mal dans cette chute, ne demanda de conseils à personne ; et comme son *avant-bras plus fléchi sur le bras le gênait beaucoup dans son travail*, il profita de la circonstance non pour exécuter des mouvements, les graduer successivement et remettre l'articulation dans son état normal, *mais pour étendre seulement le bras*. Il favorisa par l'immobilité de la partie une nouvelle ankylose dans cette nouvelle position.

Depuis un an, l'articulation huméro-cubito-radiale est sans mouvement. Tout le membre est étendu, etc. *Gallain se trouve encore heureux d'avoir su tirer parti de son accident pour donner à son membre une position plus convenable pour le travail auquel il se livre.*

Nous ajouterons maintenant que quelle que soit la situation professionnelle d'un malade nous ne chercherons point à lui conserver une attitude rectiligne dans le cas où les deux bras seraient ankylosés dans une position ainsi très défectueuse à tous les points de vue. Nous aurons toujours recours dans ces cas à une intervention chirurgicale. Ces faits se rencontrent encore quelquefois.

Jaccoud cite à cet effet dans son Dictionnaire(1) un cas de ce genre. C'est celui d'une jeune femme de 21 ans dont les deux coudes s'ankylosèrent à la suite d'une affection rhumatismale. Le coude droit formait un angle de 120°, le gauche un angle de 160°. L'opération qui eut lieu pour débarrasser cette femme de sa double infirmité fut du reste suivie d'un plein succès.

Voici encore une observation à peu près semblable que nous empruntons à Pourat (2).

OBSERVATION VII

Ankylose rectiligne des deux coudes (Foucher).

J..., âgé de 20 ans, couché salle Saint-Honoré, n° 25, fut il y a cinq mois, pris d'un rhumatisme articulaire aigu avec fièvre intense. D'abord les deux genoux furent pris ; peu de jours après le gonflement et les douleurs quittèrent les genoux et se fixèrent sur les coudes.

1. Jaccoud, *loco citato*, article *Coude*.

2. Pourat. Thèse de Paris, 1861. Observation VI, p. 32.

La fièvre diminua rapidement, mais pendant deux mois les coudes envahis par le rhumatisme restèrent dans l'immobilité la plus absolue.

Ne souffrant plus, J..., voulut se remettre au travail, mais il ne put faire reparaître les mouvements des avant-bras. Ce ne fut qu'après deux mois de tentatives qu'il se décida à rentrer à l'hôpital.

Les deux avant-bras présentent exactement la même position fixe : Dans tous les deux les mouvements de pronation sont conservés dans les mêmes limites.

L'angle que font les avant-bras avec les bras est tellement obtus que le membre occupe une position plus voisine de l'extension complète que de la flexion à angle droit. Dans cette position le malade ne peut porter les mains à la tête pour manger il est obligé de placer les aliments à l'extrémité d'un couteau et de les porter ainsi à sa bouche. C'est à peine si en fléchissant fortement la main, l'extrémité des doigts vient à 10 ou 15 centimètres de sa face.

Les deux bras sont en demi pronation tandis que la supination est impossible.

Le 6 mai, il est opéré. Nous ne nous arrêterons pas sur les suites de l'opération qui aboutirent à la guérison.

CONCLUSIONS

Nous sommes donc amenés à conclure du travail et de l'observation que nous avons faits, que l'ankylose rectiligne ne saurait être complètement bannie de la thérapeutique chirurgicale ; au contraire, tout en reconnaissant que le nombre des professions où cette attitude est indiquée soit restreint, nous la jugeons comme étant souvent une terminaison heureuse et particulièrement favorable.

Nous préconisons cette attitude surtout dans les professions où l'on s'occupe des travaux de la terre (laboureurs, jardiniers, terrassiers, vignerons).

Bien entendu nous ne parlons ici que des cas où un seul bras est malade. Si les deux membres supérieurs sont pris, nous sommes complètement d'accord pour la position angulaire et les manœuvres opératoires (Obs. VII).

Nous pensons aussi que certaines professions libérales s'accommoderont mieux d'une position rectiligne que d'une attitude angulaire (pianistes, pharmaciens).

Les nécessités journalières (action de boire, de manger, de se vêtir) ne doivent, il nous semble, passer qu'au second rang et après les habitudes professionnelles.

En somme, ce que nous avons surtout tenu à montrer c'est qu'on ne peut pas accepter un système préconçu pour chercher à produire l'ankylose. On doit avant tout consulter

le malade sur ses habitudes journalières, étudier la physiologie de ses actions familières et n'agir qu'après s'être rendu compte que dans la position où on le mettra, le membre sera autant que possible dans sa situation normale.

Autrement, on risquerait d'être plutôt nuisible qu'utile au malade qui vient demander soulagement.

Vu par le Président de la thèse,
FARABEUF

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Bonnet.** — Traité de thérapeutique des maladies articulaires, 1853.
- Bouilly.** — Gazette des hôpitaux de Paris, sept. 1886.
- Crocq.** — Traité des tumeurs blanches, 1853.
- Dechambre.** — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (article coude).
- Després (A).** — Leçons de clinique chirurgicale, 1888.
- Duplay et Reclus.** — Traité de Chirurgie.
- Fabrice d'Aquapendente.** — 1674.
- Fabrice de Hilden.** — De Ichore et meliceria, 1633.
- Fergusson (A).** — The treament of fractures of the patella and olecranon by the expectant method., 1875.
- Jaccoud.** — Dictionnaire Encyclopédique, 1865.
- Jamain.** — Thèse de Paris, 1822.
- Journal** des connaissances médico-chirurgicales, tome 4.
- Lacroix.** — Annales de la chirurgie française et étrangère. Tome IX, 1849.
- Nélaton (A).** — Eléments de pathologie chirurgicale, 1869.
- Ollier.** — Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, juin et déc., 1878.
- Pourat.** — Thèse de Paris, 1878.
- Richet.** — Thèse de concours. Paris, 1850.
- Sappey.** — Anatomie.
- Tillaux.** — Traité de clinique chirurgicale, 1891.
- Trélat.** — Gazette des hôpitaux, oct. 1880.

